47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

LEIPZIG, 1903.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Die Tafeln sind, ohne Rücksicht auf die Unterabtheilungen, durchlaufend numerirt.

g.

PISCHER
R ATLAS.

VON

SSER,

T BRESLAU.

OGIE.



R,

RESLAU

560.
l von Arsenkeratose.
JULIUS BAUM.)

561.
eifenförmiger Sclerodermie an
tirn und Nase.
HUGO HERRMANN.)

562 u. 563.
gus vegetans (Neumann).
r. FR. SAMBERGER.)

564.
Fall von Urticaria factitia.
(Dr. J. EICHHOFF.)

ROSIUS BARTH.

eilungen, durchlaufend numerirt.

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU

16. Folge.

553 u. 554.
Wiederaufrichtung einer Sattelnase durch subcutane Paraffininjection nach Gersuny.
(Dr. BRUNO SKLAREK.)

555.
Tubero-serpiginöses Syphilid am Nacken. Tubero-serpiginöse Syphilide an beiden Armen.
(Dr. BAERMANN.)

556 u. 557.
Inoperables Carcinom der linken Wange, geheilt durch Röntgenbestrahlung.
(Dr. EGON TOMASCZEWSKI.)

558 u. 559.
Atrophia cutis diffusa (idiopathica ?) mit auffallend symmetrischer Vertheilung.
(Dr. CURT MANN.)

560.
Ein Fall von Arsenkeratose.
(Dr. JULIUS BAUM.)

561.
Ein Fall von streifenförmiger Sclerodermie an Stirn und Nase.
(Dr. HUGO HERRMANN.)

562 u. 563.
Pemphigus vegetans (Neumann).
(Dr. FR. SAMBERGER.)

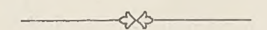
564.
Ein Fall von Urticaria factitia.
(Dr. J. EICHHOFF.)

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Die Tafeln sind, ohne Rücksicht auf die Unterabtheilungen, durchlaufend numerirt.

Alle Sendungen und Schreiben, welche für die Redaction des stereoskopischen medicinischen Atlas bestimmt sind, werden entweder an den Herausgeber Professor Dr. A. NEISSER, Breslau, Fürstenstrasse 112 oder an die Herren Redacteure erbeten.



Der Preis einer Lieferung des vorliegenden Werkes beträgt Mk. 5. — Einen offnen amerikanischen stereoskopischen Apparat liefert die Verlagsbuchhandlung für Mk. 4.50, einen Sammelkasten für Tafeln, Text und Apparat zu Mk. 3.—.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Tafel 553 u. 554.

Wiederaufrichtung einer Sattelnase durch subcutane Paraffininjection nach Gersuny.

(Mitgetheilt von Dr. BRUNO SKLAREK, Assistenzarzt der Klinik.)

Wenn schon an und für sich die Behandlung von Hautkrankheiten dadurch auf Schwierigkeiten stösst, dass die Kranken nicht immer alle die Maassnahmen, welche zur Beseitigung des Hautleidens nothwendig sind, aus äusseren Gründen ausführen können oder wollen, so steigert sich die Schwierigkeit für den Arzt, dem Wunsche seiner Patienten gerecht zu werden, in den allermeisten Fällen noch viel mehr, wenn es sich nicht um Hautkrankheiten, sondern nur um irgend welche Entstellungen und Schönheitsfehler handelt, und zwar namentlich in den Fällen, in denen die Behandlungsmethode selbst mit Schmerzen oder langdauernden Berufsstörungen verbunden ist.

Ich erinnere nur, wie mühselig und schmerzhaft die Beseitigung einer Gesichts-Hypertrichosis durch electrolytische Zerstörung der Haarwurzeln und wie willkommen daher die Methode der Röntgen-Bestrahlung war.

Nicht minder erfreut begrüssen wir die von Gersuny angegebene Methode der subcutanen Paraffin-Injectionen als ein Mittel, einer ganzen Anzahl von Aufgaben der Kosmetik gerecht zu werden, um so mehr, als die Technik keine Schwierigkeiten bietet, es sich vielmehr um einen Eingriff handelt, der sich von den täglich von uns wiederholt zu machenden Quecksilbereinspritzungen nicht wesentlich unterscheidet. Man kann mit Hülfe der Paraffin-

injectionen nicht nur hässliche Narben zum Ausgleich bringen, ja man ist sogar damit im stande, Knochendefecte aller Art zu decken und so die mit diesen verbundenen Entstellungen zu beseitigen.

Ein Anwendungsgebiet der Paraffininjection ist für den Dermatologen besonders die Correctur der syphilitischen Sattelnase. Abgesehen von der sehr argen Entstellung, welche selbst von den indolentesten Patienten sehr unangenehm empfunden wird, ist für viele auch der Gedanke, dass sie die Syphilis Jedermann erkennbar und sichtbar an sich herumtragen, schrecklich. Die Kranken finden sich daher leicht dazu bereit, sich eine Plastik der Sattelnase durch eine Operation machen zu lassen, welche im allgemeinen den anderen bei ihnen vorzunehmenden therapeutischen Maassnahmen entspricht, sie in der Ausübung ihrer beruflichen Thätigkeit nicht stört und deren frappanter Erfolg sofort nach der Operation sichtbar ist. Ja der Erfolg ist so überraschend, dass den Patienten, denen man Bilder, welche vor und nach der Operation aufgenommen worden sind, zeigt, sogar das Bedenken sich aufdrängt, dass ihre alten Bekannten sie nach der Operation nicht mehr wiedererkennen würden.

Bisher waren zum Wiederaufbau eingesunkener Nasen grössere chirurgische Operationen, z. B. die Bildung von Haut-Periostknochenlappen oder die Bildung eines Knochengerüstes aus Knochenbalken von den Resten der Nasenbeine und des Processus nasalis des Oberkiefers u. s. w. erforderlich. Wie es uns aber oft in der Medicin begegnet, dass wir gegen Krankheiten, bei welchen wir am wenigsten einen therapeutischen Erfolg erzielen können, die meisten Mittel besitzen, so sind auch zur Wiederaufrichtung der Sattelnasen die verschiedensten Operationsmethoden von König, Israel, Ollier, Langenbeck, Dieffenbach, Mikulicz, Bardeleben und Czerny angegeben worden. Keine derselben war jedoch sowohl, was die Einfachheit der Technik anlangt, als auch in Bezug auf das Heilresultat das Ideal einer diesem Zwecke entprechenden kosmetischen Operation.

Die Methode der von Gersuny angegebenen Paraffininjection ist folgende: Man benutzt gewöhnlich Unguentum paraffini, dessen Schmelzpunkt zwischen 36—40—42^{0} liegt. Das zu injicirende Paraffin wird durch Erhitzen im Wasserbade verflüssigt und sterilisirt und in diesem flüssigen Zustande in eine Pravazspritze aspirirt. In dieser muss es nun soweit erkalten, dass es sich in Form eines Comedo aus der Injectionscanüle herauspressen lässt; dann wird es subcutan am besten von der Nasenwurzel aus injicirt und man kann während der Injection durch seitlichen Druck auf die Nasenflügel die künstliche Nase modelliren. Zum Verschluss der Einstichöffnung genügt ein kleines Zinkoxydpflaster.

Ueber einen solchen Fall von Wiederaufrichtung der syphilitischen Sattelnase mittels der von Gersuny angegebenen Paraffininjection darf ich hier berichten.

Es handelt sich um die 50jährige Böttcherswittwe Marie K. Die Familienanamnese ist ohne Belang. Patientin selbst hat im Alter von 21 Jahren Lues acquirirt. 6 Jahre später hatte sie einen grindigen Ausschlag, welcher ohne Behandlung narbig abheilte. Zu gleicher Zeit bildete sich eine pflaumengrosse Geschwulst unterhalb des rechten Infraorbitalrandes und eine eiternde Papel an der Nase, welche einsank.

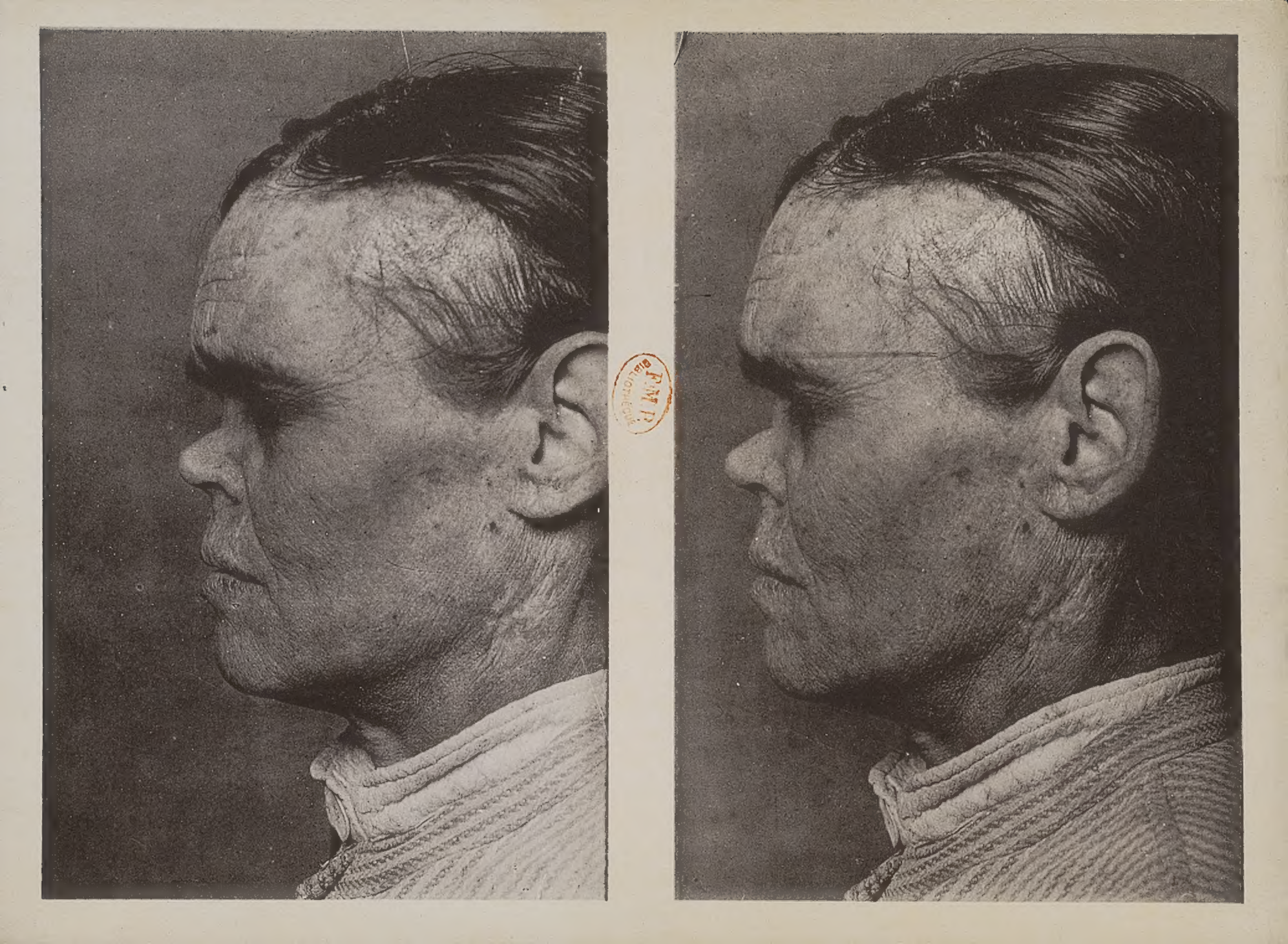
Bei der Aufnahme in die Klinik hatte Pat. tubero-serpiginöse Syphilide auf dem Kopfe, ein tuberöses Syphilid am rechten Oberarm; daselbst noch einzelne linsengrosse papulöse Efflorescenzen. An dem linken Unterschenkel eine gummöse Infiltration mit centraler Erweichung (Röntgen — Durchleuchtung ergiebt eine stärkere Auftreibung der Tibia). An der Beugeseite des linken Armes sowie am rechten Knie, Ober- und Unterschenkel grosse pigmentirte Narben; am rechten Handteller und am Halse ebenfalls pigmentirte, z. Th. kreisförmige Narben. Unterhalb des rechten Infraorbitalrandes ist eine haselnussgrosse eingesunkene Stelle, an welcher die Haut mit dem Knochen fest verwachsen ist. Typische Sattelnase; das Profilbild derselben zeigt eine deutliche scharfe Einknickung des Nasenrückens.

Zur Wiederaufrichtung der Nase verwandten wir in diesem Falle versuchsweise Paraffin, dessen Schmelzpunkt zwischen 45 und 50^{0} lag, ohne dabei einen Unterschied dem von niedrigerem Schmelzpunkt gegenüber zu finden. Es wurden in zwei Sitzungen im ganzen etwa 3 cm^{3} eingespritzt. Eine geringe Röthung über dem Paraffindepot ging in einigen Tagen zurück. Hinzufügen möchte ich noch,

dass trotz grosser Sensibilität der Patientin die Injection ohne jede Anästhesie gemacht werden konnte, und dass die Kranke nicht sehr über Beschwerden in den darauffolgenden Tagen klagte.

In unserer Klinik sind schon mehrere solche Correcturen von Sattelnasen vorgenommen worden. Unangenehme Folgen derselben haben wir bisher nie erlebt. Auch haben wir Patienten, bei denen diese Plastik gemacht wurde, später wiedergesehen, ohne eine Abnahme des kurz nach der Operation erzielten Resultates constatiren zu müssen. Es besteht wohl die zuerst schon von Gersuny ausgesprochene Ansicht zu Recht, dass eine langsame Resorption des Paraffins und eine entsprechende Durchwachsung von Bindegewebe erfolgt, so dass am Schlusse dieses Processes das Paraffin völlig verschwunden ist und an seine Stelle eine Bindegewebswucherung getreten wäre.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass ich auch versucht habe, den Defect unterhalb des rechten Infraorbitalrandes durch eine Paraffininjection zu decken. Dies gelang jedoch infolge der festen Verwachsung der Haut mit dem darunter liegenden Knochen an dieser Stelle nur theilweise. Gegen eine vorhergehende blutige Lösung der Narbenstränge hatte die Patientin energischen Einspruch erhoben.



47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 553.

Wiederaufrichtung einer Sattelnase durch subcutane Paraffininjection nach Gersuny.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 554.

Wiederaufrichtung einer Sattelnase durch subcutane Paraffininjection nach Gersuny.

LEIPZIG, 1903.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Tafel 555.

Tubero-serpiginöses Syphilid am Nacken. Tubero-serpiginöse Syphilide an beiden Armen.

(Mitgetheilt von Dr. BAERMANN, Assistent der Klinik.)

Fr. G., 52 Jahre, Fuhrmann. Primäraffect vor 24 Jahren. Jetzige Herde bestehen seit Dezember 1901. Keine Kur. Status praes.: Die Nackenbreite, 5 cm oberhalb und unterhalb des Haarsaumes, nimmt ein tertiär-syphilitischer Herd in folgender Anordnung ein. In gleicher Höhe mit dem rechten Ohre, 3 cm vom Processus mastoideus entfernt, ist eine ungefähr 4 cm im Quadrat messende, stark infiltrirte Narbenplatte eingelagert, der gleichzeitig eine erhebliche Bindegewebshyperplasie entspricht. Um diese sind zahlreiche, aus linsengrossen, derben Tubera zusammengesetzte Herde gruppirt. Die bindegewebige Unterlage ist allseits erheblich vermehrt, stark infiltrirt, und giebt dem Herde damit ein eigenthümlich starres Aussehen. Die Einzelherde weichen in ihrer Anordnung etwas von dem gewöhnlichen Bilde des tubero-serpiginösen Syphilids insofern ab, als die centrale Abheilungszone bei der Mehrzahl derselben fehlt; die directe Umgebung der oben beschriebenen Narbenplatte jedoch giebt absolut characteristische Linien. Keine Ulceration. Die Haare im oberen Theil des Herdes geschwunden. Leider kommt auf dem beifolgenden Bilde die obere Parthie des Nackenherdes nicht vollständig zur Geltung, da sie zum Theil durch die langen Haare des Patienten verdeckt war. Am rechten Ober- und linken Unterarm je ein typischer tubero-serpiginöser. Herd.

Die Nasenflügel beiderseits von linsengrossen, leicht eingesunkenen, zum Theil braun pigmentirten Narben besetzt.

Therapie: 28 Einreibungen à 4 gr.
21 Tage je 3 gr. Jodkali.

Bei der Entlassung ist der Nackenherd ausgeglichen, die allgemeine Bindegewebsinfiltration und Hyperplasie desselben jedoch wenig beeinflusst. Starke, braunrothe Pigmentirung.

Herde an den Armen glatt geheilt.

Differential - Diagnose: Die eigenthümliche Localisation an der Nackenhaargrenze legt in Verbindung mit der merkwürdigen Starrheit und tiefsitzenden Infiltration die Möglichkeit nahe, dass es sich im vorliegenden Falle vielleicht um eine Dermatitis papillaris capillitii Kaposi, welche, wenn nicht identisch, so doch in nächster Beziehung zur Folliculitis nuchae scleroticans Ehrmann und dem alten Bazin'schen Aknekeloid steht, handeln könne.

Jedoch sprach gegen diese Annahme von vornherein die schnelle Entwicklung des vorliegenden Nackenherdes.

Bis sich bei Dermatitis papillaris Kaposi derartig diffuse narbige Processe entwickeln, vergehen stets Jahre, und wenn diese diffuse Ausbreitung wirklich erreicht ist, so finden sich neben den nicht glatten, sondern höckerigen unregelmässigen Narbensträngen, Platten und -Brücken stets zahlreiche zum Theil unterminirende Ulcerationen, die ein übelriechendes, dicke, harte Borken bildendes Sekret secerniren.

Auch fehlten die für Dermatitis papillaris typischen, aus trichterförmigen Einziehungen hervorragenden, zusammengedrängten Haarbüschel.

Andererseits konnte man in unserem Falle auf der gleichmässig starren Unterlage isolirte höckrige Efflorescenzen, die durchaus in Farbe und Aussehen einem typischen tuberösen Syphilid entsprachen, constatiren.

Wie oben berichtet, heilte die Affection unter einer antisyphilitischen Behandlung schnell ab. Aber selbst wenn wir nicht so sicher in unserer Diagnose gewesen wären, würden wir den Patienten einer Localbehandlung mit Quecksilberpflaster und einer allgemeinen Jodbehandlung unterworfen haben, geleitet von dem Gedanken, dass es stets in derartig zweifelhaften Fällen nothwendig sei, lieber die für nicht specifische Processe unschädliche, also höchstens überflüssige Jodtherapie vorzunehmen, als dieselbe, wenn es sich doch um Lues handeln sollte, zu unterlassen.







47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 555.

Tubero-serpiginöses Syphilid am Nacken.
Tubero-serpiginöse Syphilide an beiden Armen.

LEIPZIG, 1903.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Tafel 556 u. 557.

Inoperables Carcinom der linken Wange, geheilt durch Röntgenbestrahlung.

(Mitgetheilt von Dr. EGON TOMASCZEWSKI, Assistent der Klinik.)

Die bald nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen constatirte Thatsache, dass gesunde Haut und eine Anzahl krankhafter cutaner Affectionen unter dem Einflusse der Bestrahlung in der auffälligsten Weise beeinflusst wurden, führte natürlich sehr bald dazu, die Röntgen-Bestrahlungen als Heilmittel für alle möglichen cutanen Leiden zu versuchen. Seit Ende 1896 sind wir auch auf unserer Klinik mit derartigen Versuchen intensiv beschäftigt, und in gleicher Weise liegen von einer grossen Anzahl von Autoren aller Nationen Berichte über Behandlungsversuche und Heilerfolge vor, von denen ich hier nur die bei Hypertrichosis, Sykosisformen, eczematösen Dermatosen, Psoriasis, Lichen ruber, allen möglichen Ulcerationsformen u. dergl. aufzähle.

Verhältnismässig jungen Datums sind die Versuche, auch die malignen Neubildungen mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Wir selbst haben bei einem schweren Sarkomfall eine zweifellose Verkleinerung der mächtigen Tumoren erzielt; ebenso bei Mycosis fungoides.

Bei den Cancroiden sind von uns und Anderen mehrfach Heilerfolge beobachtet worden. Jedoch haben diese Versuche keine weitgehende Bedeutung da ja in den meisten Fällen diese oberflächlichen Formen des Ulcus ro-

dens einen verhältnissmässig gutartigen Verlauf haben und allen möglichen therapeutischen Maassnahmen, wie chirurgischer Behandlung gleich zugänglich sind.

Wichtiger sind die Erfolge der Röntgen-Behandlung bei solchen malignen Geschwülsten, die einer chirurgischen Behandlung nicht mehr zugänglich sind. Gerade für diese werden vielleicht künftighin die Xstrahlen einen hervorragenden therapeutischen Werth gewinnen. Wenigstens gestatten Mittheilungen in der amerikanischen und englischen Literatur solche Erwartungen. Der gleich mitzutheilende Fall berechtigt ebenfalls dazu. Es handelt sich um ein Carcinom, das nach Ausbreitung und Tiefe des Processes eine chirurgische Behandlung unmöglich machte, ein Fall, in dem das Mikroskop die Diagnose gesichert hatte, und in dem unter Röntgenbestrahlung eine ganz auffallende Besserung und im weiteren Verlauf sehr wahrscheinlich Heilung erfolgte.

Die Anamnese ist kurz folgende: Die 47jährige Patientin erlitt vor 2 Jahren bei einem Sturz auf der Treppe ein Trauma an der linken Wange. Im Anschluss daran entwickelte sich dort ein geschwüriger Process, der mit der Zeit an Ausdehnung und Tiefe gewann und einer indifferenten Therapie trotzte. Im Januar 1902 suchte Patientin deshalb die hiesige chirurgische Klinik auf. Eine Probeexcision sicherte die Diagnose Carcinom, eine chirurgische Behandlung wurde aber als aussichtslos abgelehnt; als ultimum refugium wurde dann in hiesiger Hautklinik eine Röntgenbestrahlung eingeleitet.

Das erste Bild überhebt mich einer genaueren Beschreibung des Sitzes und der Ausdehnung des Processes. Der characteristische doppelt contourirte, wallartige Rand gestattet schon im stereoscopischen Bilde die Diagnose. Ich will nur bemerken, dass der Augenbulbus trotz fast vollständiger seitlicher Freilegung gut erhalten und von der carcinomatösen Infiltration, wenigstens makroskopisch, nicht ergriffen war. Fühlbare regionäre Drüsenbetheiligung fehlte; das Aussehen der Patientin war etwas kachektisch! ihr Gewicht betrug nur 108 Pfund und war nach schätzungsweiser Angabe der Kranken im letzten Jahre erheblich gesunken.

Die Röntgenbestrahlung erfolgte mit regulirbarer, mittelgrosser Müller'scher Röhre, bei einer Stromstärke von $3^1/_2$ Ampère, bei einer Spannung von 32 Volt, einer Entfernung von 40 cm, einer Expositionsdauer von je 10 Minuten Vor- und Nachmittags; die Zahl der Sitzungen betrug 60, vom 21. I.—24. II. 1902. Die Röhre war stets „hart“.

Der Erfolg war geradezu überraschend; der schmierig belegte Grund reinigte sich nach etwa 14 Tagen und verwandelte sich in eine schön granulirende Fläche, der Rand wurde flach und glatt, gleichzeitig begann der Defect sich zu verkleinern. Alle diese Veränderungen entwickelten sich, ohne dass eine erhebliche Röntgendermatitis oder gar Ulceration eingetreten wären. Patientin hatte bis zu ihrer Entlassung am 12. III. 1902 ein besseres Aussehen bekommen und an Gewicht zugenommen.

Anfang Mai 1902 stellte sich dieselbe wieder vor; ihr Aussehen war blühend, die Gewichtszunahme betrug 14 Pfund. Ihr damaliges Aussehen giebt das zweite Bild wieder, das bei gleicher Stellung, gleicher Entfernung mit demselben Apparat aufgenommen ist.

Nur in der Tiefe unterhalb des Bulbus war eine etwas verdächtige Stelle. Probeexcision und Mikroskop ergab indess ganz unverdächtiges Granulationsgewebe. Es handelt sich demnach in diesem Falle um ein inoperables, auch mikroskopisch sicher gestelltes Carcinom mit tieferer Zerstörung, das unter Röntgenbestrahlung ohne irgendwie erhebliche entzündliche Erscheinungen mit aller Wahrscheinlichkeit zur Heilung gelangte.

Was nun die Art und Weise der Röntgenstrahlenwirkung anlangt, so kann man sich zwar vorstellen, dass durch Einleitung eines ulcerösen Processes der maligne Tumor gewissermaassen zur Abstossung gebracht wird; in manchen bisher veröffentlichten Fällen ist diese Vorstellung vielleicht auch berechtigt. In unserem Falle konnte die fortgesetzte klinische Beobachtung nichts derartiges feststellen. Für die hier beschriebene Carcinomkranke müssen wir deshalb eine specifische degenerative Wirkung der Xstrahlen annehmen, gleichgültig, welche speciell ätiologische Auffassung der einzelne über das Carcinom hat. Eine Tiefenwirkung war durch Anwendung einer harten Röhre gewährleistet.

Leider sehe ich mich durch den weiteren Verlauf gezwungen, obiger Darstellung noch eine Nachschrift hinzuzufügen. Patientin hat sich nämlich Anfang October 1902

mit einem unzweifelhaften Recidiv wieder vorgestellt. Der bösartige Tumor ist nach der Tiefe zerstörend fortgeschritten, sodass zur Zeit eine weite Communication zwischen Mundhöhle und Wange besteht. Die in der Wangenhaut befindliche Randparthie, die ja wohl bei der Röntgenbehandlung am intensivsten bestrahlt wurde, ist aber auch zur Zeit noch scheinbar recidivfrei.

---

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 556.

Inoperables Carcinom der linken Wange, geheilt durch Röntgenbestrahlung.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 557.

Inoperables Carcinom der linken Wange, geheilt durch Röntgenbestrahlung.

LEIPZIG, 1903.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Tafel 558 u. 559.

Atrophia cutis diffusa (idiopathica?) mit auffallend symmetrischer Vertheilung.

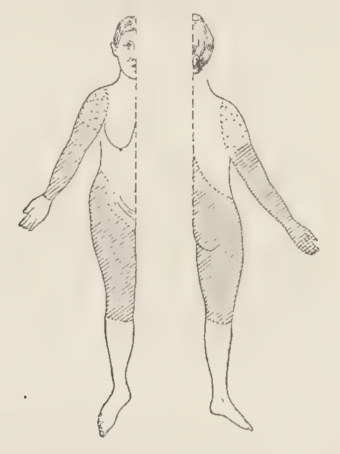
(Mitgetheilt von Dr. CURT MANN, Assistenzarzt an der Abtheilung für Haut- und venerische Erkrankungen des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt, früher Assistent der königl. dermatologischen Klinik in Breslau.)

Während meiner Assistentenzeit an der dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau (Geheimrath Neisser) kam daselbst der im Folgenden beschriebene Fall von diffuser Hautatrophie zur Beobachtung, der sowohl wegen der Natur der Erkrankung selbst als auch wegen der eigenthümlich symmetrischen Localisation derselben von Interesse ist.

Anamnese: Vater an Lungenkrankheit, Mutter an Altersschwäche gestorben. Ein Sohn der Patientin (Schmied, 40 Jahre alt) hat Krampfadern und Geschwüre an den Unterschenkeln. Patientin selbst leidet seit ca. 25 Jahren an Krampfadern und Geschwüren an beiden Unterschenkeln, weshalb sie häufig mit Umschlägen und Salben behandelt wurde. Seit ca. 8 Jahren besteht eine Atrophie der Haut an den Beinen, den Nates und den Armen. Vor 5 Jahren verlor Patientin durch ein Trauma das rechte Auge.

Status bei der Aufnahme in die Klinik: 65jährige Frau. Lungen ohne Besonderheiten. Systolisches Geräusch an der Mitralis. Am inneren Knöchel des linken Fusses ein schmerzhaftes, markstückgrosses Geschwür mit unregelmässigen, nicht unterminirten, nicht scharf geschnittenen Rändern und gelblich-rothem Grunde. Die Umgebung des Ulcus ist etwa zwei Finger breit geröthet und sehr derb. Die Unterschenkel zeigen neben starker Varicenbildung eine namentlich links auffallende Pigmentverschiebung: durch abwechselnde, unregelmässig begrenzte, stark braun pigmentirte und weisse, pigment-

lose Stellen macht die Haut daselbst einen marmorirten Eindruck. Einzelne kleine, abgeschürfte Stellen finden sich dazwischen eingestreut am linken Unterschenkel. Dadurch, dass ausserdem die sehr dünne, glatte, straff gespannte Haut derselben zahlreiche geschlängelte, kleine, blaue Venen durchscheinen lässt, sehen die Unterschenkel auffallend bunt aus Eine danach angefertigte, in der Sammlung der Klinik befindliche Moulage giebt dies Farbenspiel naturgetreu wieder. An den Knieen sieht man einige kleine, weisse, derbe, von früheren Verletzungen herrührende Narben. Der übrige Theil der Beine, die Nates, die Sacralgegend und die Arme zeigen eine auffallend symmetrisch vertheilte, hochgradige, diffuse Atrophie der Haut, die sich durch excessive Verdünnung der Haut, durch eine auffallend leichte Verschieblichkeit auf der Unterlage, z. B. beim Versuche, die Haut in Falten zu erheben, ferner durch eine bräunliche Verfärbung, sowie schwächeres Haarwachsthum äussert. Am hochgradigsten und auffallendsten sind die Veränderungen auf beiden Nates, wo man ein Netz aus zahlreichen, ca. 2—3 mm hohen, scharfen Falten sieht (Aehnlichkeit mit zerknittertem Cigarrettenpapier). In der Hüft- und Leistengegend sieht man deutlich den Uebergang von atrophischer zu normaler Haut, ebenso in der Gegend der Wirbelsäule, wo die atrophische Parthie in Form eines Dreiecks bis hinauf zum 8. Brustwirbel



reicht. Ganz allmählich und undeutlich ist der Uebergang der atrophischen Haut in die oben beschriebene Haut der Unterschenkel. An den Armen bildet zur normalen Haut die obere Hälfte der Oberarme eine Uebergangszone, in der die atrophischen Veränderungen nur ganz schwach angedeutet sind. Haut der Handteller und des übrigen Körpers normal. — Ueber den Entstehungsmodus der Atrophie

sind keine näheren Angaben von der Patientin zu erlangen. Bezüglich des Nervensystems sind keine Krankheitssymptome nachweisbar.

Excisionen aus den atrophischen Hautparthien zwecks mikroskopischer Untersuchung konnten leider nicht ausgeführt werden. Dass man sehr dünne durchscheinende Falten aufheben konnte und dass diese eine Weile in derselben Gleichgewichtslage verblieben, ehe sie sich mit dem Niveau der Umgebung ausglichen, deutet auf starken Schwund der Subcutis, Verdünnung der Cutis in toto und Reduction der elastischen Fasern. Die stellenweise wahrnehmbare Schuppenbildung lässt auf pathologische Ernährung der Epidermis schliessen.

Von besonderem Interesse ist an dem Fall die völlig symmetrische Vertheilung der Affection auf beide Körperhälften neben zum Theil ziemlich scharfer Begrenzung der atrophischen Parthien. Ich habe die Patientin gelegentlich des 7. Congresses der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft im Anschluss an Blaschko's Referat: „Die Nervenvertheilung in der Haut in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der Haut" vorgestellt, da Brissaud auch derartig symmetrisch auf beide Körperhälften vertheilte und verhältnissmässig deutlich gegen die normale Haut abgegrenzte Formen von Dermatosen als Beweis für die Lehre von der Metamerie ansieht. Doch fragt es sich, ob nicht rein mechanische (Stauungs-)Verhältnisse zur Erklärung einer derartigen Hauterkrankungslocalisation hinreichen. Wir können nur sagen, es handelt sich um eine acquirirte, diffuse Hautatrophie mit auffallend symmetrischer Anordnung und deutlichen Grenzen.

Auch Blaschko äusserte sich in der Discussion in ähnlicher Weise: „Ich möchte an die von Herrn Mann vorgestellten Fälle anknüpfen. Ich habe nicht den Eindruck gehabt, dass in diesen Fällen mit aufwärts aufsteigender Atrophie irgend welche Nervenbezirke befallen waren; mir scheint es naheliegender, dass hier innerhalb der Gefässwände oder des Gewebes ein allmählich fortschreitender Process sich abspielt. Brissaud's Hypothese von der secundären Metamerie lässt sich ja zur Zeit weder beweisen noch widerlegen. Gewiss giebt es Sensibilitätsstörungen mit und ohne Hautatrophie, die quer über eine Extremität verlaufen. Aber so lange wir uns einen solchen Process

ohne die Hypothese einer Nervenerkrankung erklären können, liegt, zumal sichere anatomische Befunde fehlen, kein Anlass vor, zu einer complicirten Erklärung zu greifen."

Ob es eine idiopathische Atrophie ist, lässt sich nicht entscheiden. Kaposi ist der Meinung, dass in solchen Fällen wohl meist Entzündungsprocesse voraufgegangen sind.

---

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 558.

Atrophia cutis diffusa (idiopathica?) mit auffallend symmetrischer Vertheilung.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.



47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 559.

Atrophia cutis diffusa (idiopathica?) mit auffallend symmetrischer Vertheilung.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Tafel 560.

Ein Fall von Arsenkeratose.

(Mitgetheilt von Dr. JULIUS BAUM, Assistent der Klinik.)

Der Patient ist einer der von Geyer in der Festschrift Pick schon publicirten Reichensteiner Fälle von chronischer Arsenvergiftung durch den Genuss von arsenhaltigem Trinkwasser. Ich entnehme aus der damaligen Krankengeschichte Folgendes:

Der Patient ist 42 Jahre alt, war früher Fleischergeselle und begann 7 Jahre vor Eintritt in die Breslauer dermatologische Klinik in den Hüttenwerken von Reichenstein zu arbeiten. Er hatte hier mit arsenikhaltigen Erzen zu arbeiten. Es ist jedoch sichergestellt, dass nicht diese Thätigkeit, sondern der Genuss des reichlich arsenhaltigen Trinkwassers die Ursache seines Leidens ist. Ein halbes Jahr nach Aufnahme der neuen Thätigkeit traten über den ganzen Körper wenige graue Flecken auf, welche bestehen blieben und immer zahlreicher wurden. Seit annähernd 3 Jahren hat sich seine Haut angeblich nicht weiter verändert Er litt ausserdem von Beginn seiner jetzigen Thätigkeit an hartnäckigen Schmerzen in der Lebergegend, der Arzt hatte bei ihm Leberschwellung und Rippenfellentzündung constatirt.

Status: Patient macht einen mässig schweren Krankheitseindruck, sieht blass und leidend aus; allgemeiner Kräftezustand offenbar sehr reducirt, Appetit und Stuhlgang ungestört. Es besteht Lungenemphysem, beiderseits pleuritische Schwarten, Leber- und Milzschwellung.

Hautbefund: Die behaarte Kopfhaut ist unverändert. Das unbedeckte Gesicht ist diffus stark pigmentirt, während auf der Stirn die Pigmentirung theilweise fleckenförmig und sommersprossenartig erscheint: Arsen-Melanose. Der Hals ist intensiv schwarzbraun pigmentirt und durch weisse zwischenliegende Flecken von scheckigem Aussehen. Diese Scheckung setzt sich vom Halse auf den Rumpf

fort, derartig, dass auf intensiv schwärzlich braunrother Haut massenhaft leukodermartige, weissgelbliche, scharf umschriebene Flecken sich vorfinden. An den Extremitäten nehmen diese Hautveränderungen allmählich ab, und gehen in der Höhe der Knie und Ellenbogen in die fast normale Farbe der Haut über. Kniekehlen und Achselhöhlen zeigen keine Pigmentveränderungen. Skrotalhaut, Penis, auch die Glans sind gleichmässig scheckig.

Besonders auffallend sind die hyperkeratotischen Veränderungen an Händen und Füssen. Auf den Palmarseiten findet sich eine gleichmässig dicke, stark gefelderte Hornmasse von schmutzig graugelber Farbe; aus derselben heben sich einzelne körnchenartige Efflorescenzen hervor, die an einzelnen Stellen so reichlich sind, dass sie ein chagrinirtes Aussehen geben. Auch die normalen weichen Falten sind nicht verschont; ebenso wenig die sonst zarten Beugefalten der Finger. Die Fingerkuppen sind so dick verhornt, dass das Tastgefühl erheblich darunter leidet. Die aus der gleichmässig verdickten Haut hervortretenden Erhebungen erscheinen warzenartig, sie finden sich nur zerstreut, unregelmässig localisirt ohne Beziehung zu den zu Druckschwielen disponirten Stellen.

Auch auf dem Handrücken finden sich beiderseits Hornmassen über dem Metacarpophalangeal- und an den Interphalangealgelenken derartig, dass je über jedem Gelenk eine dichte, mehrere Millimeter hohe Arsenwarze besteht. Die Nägel erscheinen nicht erheblich verändert.

Ebenso deutlich ausgesprochen sind die Hornmassen an den Füssen, wo sie an den Fersen dichte, mächtige, compacte Hornlager bilden, die nach vorne hin mehr dem warzigen und Chagrintypus Platz machen.

Die ersten Mittheilungen über die Arsenkeratose machte Jonath. Hutchinson im Jahre 1888. Dieselben sind aber merkwürdiger Weise ganz unbeachtet geblieben, so dass es allgemeine Aufmerksamkeit erregte, als Arning auf dem Breslauer Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 1894 an einer Patientin diese Affection demonstrirte. Noch in den letzten Monaten hat sich auch in Wien eine lebhafte Discussion über die Richtigkeit der Hutchinson'schen Deutung bei solchen Fällen von Hyperkeratose der Handflächen erhoben, und doch ist dieses Leiden durchaus nicht so selten. Es tritt gewöhnlich erst nach längerer Arsenaufnahme auf, sei es bei der therapeutischen Darreichung von Arsenpräparaten, sei es im gewerblichen Betrieb, sei es wie in unserem Fall durch den Genuss von arsenhaltigem Trinkwasser, oder, wie in jüngster Zeit in

England beobachtet, durch den Genuss von arsenhaltigem Bier. Seltener tritt diese durch Arsen verursachte Dermatose schon ganz kurze Zeit nach der Aufnahme des Giftes auf, in einem Fall von Moreira 11 Tage nach einer acuten Vergiftung. Ist sie einmal vorhanden, so trotzt sie oft Monate und Jahre lang jeder Therapie nach Beseitigung der ursächlichen Schädigung, oft dauert sie nur einige Wochen. Besondere Bedeutung gewinnt diese Affection durch die Möglichkeit zur Umbildung zum Carcinom, wie dies speciell von Hutchinson beschrieben ist.

Was die Diagnose betrifft, so ist die Arsenkeratose eine so typische Affection, dass man aus derselben sofort auf das ätiologische Moment schliessen kann. Sie tritt symmetrisch auf Handteller und Fusssohle auf, als diffuse Verdickung der Hornschicht mit zahlreichen, zerstreut oder aggregirt angeordneten, hornartigen, mehr oder weniger spitzen, hyalindurchscheinenden Erhebungen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse, so dass die Haut warzig oder wie mit Hühneraugen bedeckt aussieht.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht zunächst alle mit Hyperkeratose einhergehenden symmetrischen Affectionen der Handteller und Fusssohlen. Von diesen lässt sich das Keratoma palmare et plantare hereditarium leicht ausschalten, weil es eine in den ersten Lebenswochen entstehende Krankheit ist. Die Keratodermie symmetrique erythémateuse ist eine im Jünglingsalter auftretende, Handteller und Fusssohlen befallende diffuse Schwielenbildung, die mit Entzündungserscheinungen einhergeht. Wir kennen die Aetiologie dieser Affection nicht. Besnier, der diese Formen beschrieben, glaubt an einen trophischen Ursprung; vielleicht ist es eine toxische Keratodermie analog der Arsenkeratose oder der im Verlauf der Gonorrhoe auftretenden gonorrhoischen Hyperkeratose, welche als dicke hornige Auflagerung Handteller und Fusssohlen befällt, jedoch nach Heilung der Gonorrhoe spontan verschwindet. Ferner kommen in Betracht die mit Hyperkeratose einhergehenden symmetrischen Affectionen auf eczematöser, luetischer

oder psoriatischer Basis. Wie schwierig auch oft die Diagnose dieser Formen untereinander sein mag, so sind sie doch gegenüber den eigentlichen primären Keratosen dadurch characterisirt, dass es sich um eine Verhornung der obersten Epithellager handelt und am Rand oder unter der Hornschicht die entzündliche Infiltration sichtbar ist, dass ferner neben der Keratose noch andere Processe auf der Haut sich abspielen.

Von den asymmetrischen Keratosen kommt die gewöhnliche Schwiele in Betracht, erkennbar durch die Localisation an besonderen Druckpunkten. Die Porokeratosis Mibelli ist eine circumscripte, vor allem auf dem Handrücken vorkommende, central abheilende und peripher langsam fortschreitende Keratose.

Einige Vergleichspunkte zeigt die Arsenmelanose und Keratose mit der Acanthosis nigricans, bei welcher mit einer bunten Pigmentirung der Haut eine oft warzenartige Verdickung der Hornschicht einhergeht. Doch ist dieses Leiden, abgesehen von der typischen Localisation am Hals, in der Mammargegend, am Nabel, an den Achselhöhlen, Ellenbogen, Händen und Füssen dadurch characterisirt, dass die Prominenzen dunkel pigmentirt sind, während die Furchen heller erscheinen; bei der Arsenkeratose jedoch sind die kleinen hornigen Efflorescenzen hyalin durchscheinend.

47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 560.

Ein Fall von Arsenkeratose.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.

Tafel 561.

Ein Fall von streifenförmiger Sclerodermie an Stirn und Nase.

(Mitgetheilt von Dr. HUGO HERRMANN.)

B. M., 30 Jahre alt.

Anamnese: In der Familie der Patientin von Hautaffectionen nichts bekannt, Patientin selbst will bis zu ihrer jetzigen Erkrankung immer gesund gewesen sein.

Menses regelmässig, stärkere nervöse Beschwerden nicht vorhanden.

Das Hautleiden datirt 3 Jahre zurück und soll mit einer ziemlich scharf abgesetzten Verfärbung der Haut an der Stirne ohne fühlbare Veränderung ihrer sonstigen Beschaffenheit begonnen haben. Nach Angabe der Patientin ist in der Mitte der Stirne, ohne dass dafür eine äussere Ursache vorhanden war, ein schmaler, brauner Streifen aufgetreten, der die Stirnhaargrenze nach oben etwas überschreitend bis gegen die Nasenwurzel zu verlief, oben etwas breiter, nach unten zu sich verschmälernd; später soll eine ähnlich verfärbte Hautparthie in der Fortsetzung oben geschilderten Streifens aufgetreten sein, mehr flächenartig auf dem Nasenrücken und gegen die linke Wangenseite sich ausbreitend, ohne jedoch auf die Wangenhaut überzugehen.

Der anfänglich schmale, braune Streifen verbreiterte sich nach und nach, nahm eine intensivere Färbung an und erreichte nach 1/4 Jahre die Breite von 1 1/2 cm, auf welcher er sich dann stationär verhielt. Zugleich mit dem Grösserwerden des Streifens ging auch eine fühlbare Veränderung in der Beschaffenheit der Haut vor sich.

Die Haut wurde dünn und straff, liess sich nicht mehr in Falten abheben; sie senkte sich in der Mitte ein und bekam hier eine eigenthümliche wachsglänzende Farbe.

Während früher die Affection von der Patientin lediglich als kosmetischer Nachtheil unangenehm empfunden wurde, traten jetzt subjective Beschwerden auf, die sich in einem sehr lästigen Druck-

und Spannungsgefühl bemerkbar machten, das sich bis zu wirklichem „Kopfschmerz“ steigern konnte. Mit der Verschlimmerung der Dermatose auf der Stirne ging Hand in Hand eine solche des Fleckes auf der Nase: Stärkere Verfärbung, Vergrösserung etc. etc. Die subjectiven Beschwerden waren naturgemäss in Anbetracht der Localisation nicht in der Stärke zum Ausdruck gekommen wie auf der Stirne. Irgendwie sonst zu verwerthende Angaben weiss Patientin nicht zu machen.

Wie schon angegeben, sind die Menses regelmässig, nur etwas schwach, besondere Nervosität besteht nicht.

Status praesens: Patientin ist von kleiner, schmächtiger Statur, etwas anämisch, im übrigen aber gesund; an den inneren Organen keine anormalen Verhältnisse nachweisbar.

Dicht neben der Mitte der Stirne, in der Richtung der Art. frontalis verläuft, die Stirnhaargrenze etwa $^1/_2$ cm überschreitend, nach der Nasenwurzel zu ein oben etwas breiterer, nach unten zu sich verjüngender Streifen, der in der Mitte eine deutliche, rinnenartige Einziehung hat, von eigenthümlich glänzender, wachsartiger Farbe. Die Haut lässt sich in den Seitenparthien nur sehr schwer, in der Mitte gar nicht in Falten abheben oder verschieben.

Die Farbe des Streifens ist, bis auf das fast farblose Centrum, schmutzig braun.

Auf der Nase geht die dünne Spitze des Streifens in einen grösseren Plaque über, der sich zum Theil auf dem Nasenrücken ausbreitet, nach links zu auch auf die Seitenwand der Nase übergreift. Die Farbe ist ein fleckiges Braun, die sonstige Beschaffenheit der erkrankten Hautparthie wie oben.

Das übrige Gesicht ist frei, ebenso der übrige Körper und die Schleimhäute.

Das sonstige Befinden der Patientin, abgesehen von dem Spannungsgefühl und einer durch den kosmetischen Defect hervorgerufenen leichten psychischen Verstimmung, ist gut.

Diagnose: Die Art der Erkrankung, das typische Aussehen, die Veränderung in der Haut lassen einen Zweifel an der Diagnose: Sclerodermie nicht aufkommen.

In ätiologischer Beziehung lässt uns die Affection in vorliegendem Falle völlig im Dunkel. Die Patientin weiss weder von besonderen nervösen Störungen zu berichten, noch von einem erlittenen Trauma oder von einer Erkältung.

Ein wesentliches Interesse gewinnt die Affection in unserem Falle dadurch, dass dieselbe mit ziemlicher

Genauigkeit sich an den Verlauf einer Voigt'-schen Grenzlinie hält.

Bekanntlich hat Voigt in seiner i. J. 1856 erschienenen Arbeit dargelegt, dass die Hautoberfläche in einzelne grosse Gebiete sich eintheilen lässt, die durch bestimmte Linien abgegrenzt werden, welche die Nervenendverzweigung der einzelnen Verästelungsgebiete, wie sie Voigt für den menschlichen Körper angenommen hat, darstellten. Ausserdem nimmt Voigt von seinen Grenzlinien an, dass man aus ihnen die Wachsthumsrichtung der menschlichen Haut bemessen könne. Im Anschluss an diese Voigt'schen Sätze über dieses System von Linien haben dann die verschiedenen Autoren mehr oder minder glücklich die strichförmigen Dermatosen zu erklären versucht.

So nimmt Philippson an, dass durch das Zusammentreffen der verschiedenen Wachsthumsrichtungen an den betreffenden Hautparthien Störungen im embryonalen Gewebe und dadurch eine gewisse Prädisposition für manche Hauterkrankungen vorliege, Hallopeau glaubt, dass durch das Zusammentreffen der verschiedenen Nervenfasern in diesen Linien der Haut eine besondere Empfindlichkeit und in Folge dessen grössere Empfänglichkeit für einzelne Dermatosen bestehe, und will auf diese Weise die linearen Hauterkrankungen erklären. Blaschko hat in seiner überaus eingehenden Studie: „Die Nervenvertheilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut", die verschiedenen Anschauungen dahin zusammengefasst, dass er einen Zusammenhang mit nervösen Störungen bei den band- oder strichförmigen Dermatosen für möglich zugiebt, dass man aber auch ohne diese Annahme auskomme und diese Dermatosen durch die Prädisposition gewisser (metameraler) Linien für manche Hautaffectionen hinreichend erklärt werden.

Bei unserem Falle muss noch betont werden, dass die Affection in gleicher Richtung mit der Art. frontalis verläuft, vielleicht also angiotropho-neurotische Störungen, wie sie von einer Anzahl Autoren, spec. Lewin-Heller für diese Dermatose verantwortlich gemacht werden,

auch in unserem Falle der Ausgangspunkt der Hauterkrankung sind.

Therapie: Therapeutisch war die Affection anfänglich schwer zugänglich: Arsen innerlich, heisse Waschungen und Massage äusserlich hatten nicht den geringsten Erfolg.

Durch electrolytische Behandlung wurde eine geringe Besserung erzielt.

Ein wirklicher Fortschritt in der Abheilung des Processes wurde aber erst bemerkt, als Patientin nach Analogie anderer Sclerodermiefälle einer Thiosinaminbehandlung unterzogen wurde.

Wir versuchten zuerst locale Therapie durch Auflegen von 10 % Thiosinaminpflastermull (nach Unna); es musste jedoch davon Abstand genommen werden, da eine hochgradige Irritation auf die Pflasterbehandlung auftrat.

*)Wir gingen nun zu subcutanen Injectionen über, wobei folgende Lösung in Anwendung kam:

Thiosinamini 10,0
Glycerini 20,0
Aq. dest. ad 100,0

also eine 10 % wässrige Thiosinaminlösung mit 20 % Glycerinzusatz.**)

Ort der Injection waren entweder Arm oder Rückenhaut zwischen den Schulterblättern, Menge im Allgemeinen 1 ccm.

Auch bei dieser Patientin wurde mit 1 ccm der Lösung begonnen, was die unangenehme Nebenwirkung hatte, dass ein starkes, fast über den ganzen Körper ausgebreitetes, masernähnliches Exanthem auftrat. Nach Ablauf der Reaction, was etwa 8—10 Tage in Anspruch nahm, Injection von ½ ccm mit dem gleichen Misserfolg.

---

*) Diese und folgende Notizen stammen aus einer Arbeit Dr. Juliusberg's, der damals die Patientin behandelte: „Ueber Wirkung, Anwendungsweise und Nebenwirkungen des Thiosinamins“ (Deutsche medic. Wochenschrift. 1901. No. 35).

**) Vor Gebrauch empfiehlt es sich, die Lösung im Wasserbad zu erwärmen, da Thiosinamin regelmässig in der Kälte ausfällt.

Nachdem auch dieses Exanthem wieder abgeblasst war, wurde $^{1}/_{10}$ ccm injicirt, worauf ganz schwaches Exanthem auftrat. Nach 4 Tagen abermals Injection von $^{1}/_{10}$ ccm; diesmal blieb die Reaction aus.

Auf diese Weise wurde Patientin unter ganz allmählich steigenden Dosen an das Mittel gewöhnt, mit dem Erfolge, dass sie von der 23. Injection mit 1 ccm der Lösung von ihren Reizerscheinungen frei blieb und schliesslich 2 ccm ohne jedwede unangenehme Nachwirkung vertrug.

Der therapeutische Effect ist in Anbetracht der ziemlichen Aussichtslosigkeit auf Heilung und dem völligen Versagen der übrigen angewandten Mittel ein geradezu glänzender zu nennen. Die Hautparthie ist in toto blässer geworden und nähert sich in ihrer Farbennuance immer mehr dem Aussehen der normalen Haut, die erkrankte Hautparthie fühlt sich weicher an, es lassen sich schon Falten abheben, der Process scheint thatsächlich in Rückbildung begriffen zu sein.

Ob dieses Fortschreiten ad bonum anhält und ob definitive Abheilung eintritt, muss erst die Zukunft lehren.

Jedenfalls sollte in keinem Falle von Sclerodermie nach unseren bisher gemachten Erfahrungen ein Versuch mit Thiosinaminbehandlung unterbleiben.

Literatur.

Blaschko, Die Nervenvertheilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. (Beilage zu den Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. VII. Congress.)

Juliusberg, Ueber Wirkung, Anwendungsweise und Nebenwirkungen des Thiosinamins. (Deutsche med. Wochenschrift. 1901. No. 35)







47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITAT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 561.

Ein Fall von streifenförmiger Sclerodermie an Stirn und Nase.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus der k. k. böhmischen Universitätsklinik des Prof. Dr. V. Janovsky in Prag.

Tafel 562 u. 563.

Pemphigus vegetans (Neumann).

(Mitgetheilt von Dr. FR. SAMBERGER, klinischem Assistenten.)

B. V., 58 J. alter Arbeiter, aufgenommen in die Klinik 23. III. 1902 sub Prot. No. 5037.

Anamnesis: Der Kranke stammt aus einer vollkommen gesunden, keineswegs belasteten Familie; er selbst war gleichfalls immer gesund, nur im Alter von 18 Jahren hat er eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht, welche er jedoch näher zu bezeichnen nicht im Stande ist; von derselben hat er sich in kurzer Zeit vollkommen erholt. Derselbe war niemals mit einer venerischen Krankheit behaftet, ist verheirathet, Vater von 3 erwachsenen, gesunden Kindern, seine Frau hat niemals abortirt. Vor einem Jahre litt er an Halsbeschwerden, diese aber hörten nach ordinirtem Gurgelmittel bald auf. Die jetzige Erkrankung begann vor 8 Wochen mit Halsschmerzen namentlich beim Schlucken, wozu sich bald auf dem Halse ein Blasenausschlag zugesellte. Seit der Zeit dann schiessen fortschrittsweise auf verschiedenen Körperstellen blasenförmige Efflorescenzen auf und es entwickelte sich langsam der jetzige Zustand.

Status praesens. Der Kranke ist von grösserer Gestalt, schwachen Scelets und Musculatur, herabgekommener Ernährung. Ausser einer leichten Eiweisstrübung im Urin ist der Befund der inneren Organe vollkommen negativ; in dem Sedimente des Urins lassen sich keine Cylinder feststellen. Nervenbefund weisst normale Verhältnisse dar.

Blutbefund: R. B. 5,200,000, W. B. 18,000. Deutliche Eosinophilie (20 %).

Die Haut des Rumpfes und der Extremitäten ist blass, weniger elastisch, lässt sich in grossen Falten aufheben, welche dann nur langsam zum Ausgleich kommen; sonst ist dieselbe aber von normaler Feuchtigkeit und Einölung. Angioneurotisches Phänomen negativ. Auf der Haut befinden sich zahlreiche zerstreute hellergrosse oder noch grössere, schlappe, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen, welche nur hie und da von einem unbedeutenden, röthlichen Halo umgrenzt erscheinen. Einige dieser Blasen sind in Folge des Exsudates gespannt, andere sind bereits geborsten und auf dem Grunde derselben kommt eine entblösste, nässende Malpighische Schicht zum Vorschein. Sporadisch ist der Grund einer derartigen geborstenen Blase mit einem trockenen, gelben Schorfe bedeckt. In beiden Inguinalfurchen, längs des Perinäums, an beiden sich berührenden Flächen des Gesässes bis zum Os coccygis finden wir zahlreiche einzelnstehende oder gruppirte condylomatöse Efflorescenzen in der Grösse eines Zweihellerstückes oder etwas grösser, welche sich über das Niveau der Umgebung bis in die Höhe eines 1/2 cm erhöhen und durch eine weisse, dünne, macerirte Epidermis bedeckt erscheinen. Rings um die Basis einer derartigen Efflorescenz herum zieht sich ein schmaler Streifen entblösster, rother Malpigh. Schicht, und an der Peripherie dieses Streifens finden wir einen durch schmale Streifen unterminirter Hornschicht gebildeten Rand — ein Ueberrest der ursprünglichen Blasendecke. In den Furchen, welche zwischen den einzelnen, nebeneinander sich erhebenden Efflorescenzen entstehen, befindet sich eine Menge widerlich riechenden Sekretes. Eine Gruppe von derartigen condylomatösen Efflorescenzen breitet sich auch um den Nabel herum aus, und vereinzelte Efflorescenzen kommen auch um den Gürtel herum vor. Die Oberlippe unter dem Septum narium und die Mentolabialfurche sind mit einer gelblichen, weichen Kruste bedeckt, aus welcher vereinzelt oder in Büscheln Barthaare herausragen. Unter der Kruste kommt eine über das Ni-

veau elevirte, mit papillomatösen Wucherungen bedeckte Basis zum Vorschein.

Auf den Streckseiten der Extremitäten in der Gegend der Ellbogen- und Kniegelenke finden wir fast symmetrische Herde, welche aus einem etwas über das Niveau der übrigen Haut erhobenen zum Theil mit weisser, macerirter Epidermis bedeckten, zum Theil nässenden Centrum bestehen und die Grösse eines Markstückes aufweisen. Um dieses Centralgebilde herum zieht sich ein einige mm bis $^1/_2$ cm breiter rother Streifen entblösster Malpigh. Schicht. Dieser Streifen ist gegen die gesunde Umgebung durch einen von der unterminirten Hornschicht gebildeten Saum abgegrenzt; diese Hornschicht lässt sich noch einige mm über die scheinbare Grenze der normalen Haut abheben. Der oberhalb des linken Ellbogengelenkes liegende Herd zeigt deutlich, dass er durch Zusammenschmelzen von zwei kleineren Herden, von welcher der eine in der Grösse eines Guldenstückes, der andere in der Grösse eines Kronenstückes war und dicht aneinander lagen, entstanden ist. Es erscheinen daher diese Herde als vergrösserte Bilder jener oben beschriebenen condylomatösen Efflorescenzen rings um die Genitalien, den Nabel u. s. w. herum. Auf dem harten sowie dem weichen Gaumen an der Uvula und auf den inneren Flächen der Lippen finden wir einige von Epidermis entblösste, intensiv rothe oder belegte Herde, welche scharf abgegrenzt erscheinen. — Aus dem weiteren Verlaufe ist interessant das Verhalten des Grundes bei den neu aufschiessenden oder geborstenen Blasen. Bis zum 19. April konnten wir beobachten, dass stets fast täglich neue und neue Blasen an verschiedenen Körpertheilen zum Vorschein kamen; die Blasen waren meistens schlapp und barsten in kurzer Zeit; der Grund derselben erhob sich in der Regel über das Niveau der übrigen Haut in steter Entwickelung zu den condylomatösen Gebilden, wie sie oben beschrieben erscheinen. Die Temperatur war dabei stets fieberhaft, manchmal 40.6 C. und noch mehr erreichend. Die Kräfte des Kranken nahmen deutlich ab, die Ernährung desselben wurde stets schlechter, der Befund der inneren Organe

blieb jedoch stets ohne Aenderung. Am 21. April konnten wir zum ersten Mal wahrnehmen, dass die Hautaffection den Character eines Pemphigus foliaceus annimmt. An der Peripherie der altgewordenen Blase schossen neue und neue Bläschen auf, deren Bersten die Entblössung der Malpigh. Schicht in Ausdehnung eines Handtellers oder in einer noch grösseren zur Folge hatte. Die Peripherie derartiger Herde wurde durch eine zusammengerollte Hornschicht umsäumt und der entblösste Grund erhob sich nicht mehr über das Niveau der übrigen Haut, blieb stets nässend, ohne zu epidermisiren. Es blieb jedoch nicht nur bei dieser Veränderung: im Verlaufe einiger weiterer Tage konnten wir wahrnehmen, dass selbst an jenen Stellen, wo es zur Bildung condylomatöser Efflorescenzen kam, diese Gebilde langsam verflachten, so dass, als am 29. April — 8 Tage nach jener Aenderung — der Exitus erfolgte, von jenen condylomatösen Gebilden auf den meisten Stellen keine Spuren blieben, so dass das ursprüngliche Bild des Pemphigus vegetans zum Verkennen verändert wurde und eher demjenigen des Pemphigus foliaceus ähnelte.

Mit der am 21. April eintretenden Aenderung in dem Aussehen der Krankheit wurde auch das Gesammtbefinden des Kranken immer schlechter, die Temperatur erhielt sich ständig auf fieberhafter Höhe, bis am 29. IV. unter Anzeichen der Herzadynamie der Exitus erfolgte. Der Sectionsbefund bis auf einen alten, fibrös abgekapselten, nussgrossen, tuberculösen Herd in der linken Lungenspitze und ausser einer frischen Pneumonie in dem linken Unterlappen war vollkommen negativ. Es wurde nur eine fettige Degeneration der Leber, der Nieren und des Herzens constatirt.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass wir in derartigen Fällen zuerst eine Differentialdiagnose gegenüber der Lues machen müssen, speciell gegenüber ihrem condylomatösen Stadium, welchem der Pemphigus vegetans mit seinen Efflorescenzen auffallend ähnlich sein kann. Die Aehnlichkeit ist so gross, dass vor Neumann diese Krankheit meistens auch für Lues erklärt wurde und die Kranken einer antiluetischen Kur — allerdings ohne Erfolg — unterzogen

wurden. Sieht man aber näher zu, bemerkt man doch einen deutlichen Unterschied zwischen den condylomatösen Efflorescenzen des Pemphigus und jenen der Lues. Während bei Lues rings um die condylomatösen Gebilde herum die Haut vollkommen normal, höchstens etwas macerirt erscheint, können wir bei den meisten Gebilden des Pemphigus vegetans das Entstehen der Condylome aus der Basis einer geborstenen Blase erkennen. Wie schon im Status praesens beschrieben wurde, finden wir sehr häufig beim Pemphigus rings um die Condylome herum einen schmäleren oder breiteren Streifen entblösster, nässender Malp. Schicht, welcher noch auf seiner äusseren Peripherie mehr oder weniger deutliche Spuren der geborstenen Decke der Blasen aufweist. Während bei Lues die Condylome da vorzukommen pflegen, wo sich zwei Körperflächen berühren und gegenseitig gereizt werden, kommen die Efflorescenzen des Pemphigus vegetans auch abgesehen von solchen Reibeflächen vor. Ausser der vollkommen negativen Anamnesis entscheidet zu Gunsten des Pemphigus auch der weitere Verlauf der Krankheit: Die condylomatösen Efflorescenzen kommen nur an solchen Stellen zum Vorschein, wo früher eine Blase sass; die primäre Efflorescenz also ist hier die Blase, erst nach deren Bersten entsteht secundär das Condylom.

Beim Feststellen der Diagnose auf Pemphigus handelt es sich weiter darum, die richtige Abart des Pemphigus zu constatiren. Aus dem Verlaufe unseres Falles geht zweifellos hervor, dass es sich hier um jene Krankheit handelt, welche zum ersten Male von Neumann*) im Jahre 1886 als ein specieller Krankheitstypus beschrieben und mit dem Namen Pemphigus vegetans versehen wurde. Es begann nämlich diese Krankheit typisch mit Veränderungen an der Mundschleimhaut und characterisirte sich dann im weiteren Verlaufe durch typische, meistens schlappe, mit reiner Flüssigkeit gefüllte Blasen. Nach dem Bersten dieser Blasen fing

---

*) Neumann, Ueber Pemphigus vegetans. (A. f. D. u. S. 1886.)

der Untergrund derselben sofort an, sich über das Niveau der übrigen Haut zu erheben, und es kam dann zur Bildung von Efflorescenzen condylomatöser Art.

Die Prognose in solchen Fällen ist immer letal.









47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 563.

Pemphigus vegetans (Neumann).

LEIPZIG, 1903.
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.





47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 562.

Pemphigus vegetans (Neumann).

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

Aus den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Tafel 564.

Ein Fall von Urticaria factitia.

(Mitgetheilt von Dr. J. EICHHOFF, Oberarzt der Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten.

Ph. K., Schneidermeister, 48 Jahre alt, wurde am 17. IX. 1901 aufgenommen wegen Acne rosacea.

Zufällig entdeckten wir, dass K. eine sog. Schreibehaut in ausgeprägtem Maasse besass, die natürlich mit seiner Rosacea in keinem Zusammenhange stand.

Wenn man mit dem Fingernagel oder irgend einem stumpfen Gegenstand die Haut reizte, so sprangen nach kurzer Zeit ($^1/_2$—1 Minute) auf der ganzen gereizten Stelle quaddelförmige Hauterhöhungen auf, so dass man im wahren Sinne des Wortes auf der Haut schreiben konnte. Der Fall ist an sich ja nun weiter nicht selten und deshalb der Mittheilung besonders werth; aber jeder einzelne Fall von Urticaria factitia imponirt durch seine Auffälligkeit, und deshalb ist auch dieser hier im Bild vorgeführt. Anamnestisch resp. ätiologisch lässt sich, wie bei Urticaria überhaupt, so auch bei der Urticaria factitia nicht viel und besonders nichts Bestimmtes und Exactes mittheilen. Man muss sich eben noch mit dem Worte „nervös" begnügen. Differentialdiagnostisch und auch therapeutisch kommt ebenfalls nichts in Betracht.

Wir können eben nur sagen, wenn Jemand eine so reizbare Haut hat, dass dieselbe auf jeden Reiz reagirt in Form von Quaddeln, die sogar Blaseneruption zeigen können, dann hat er eine „Urticaria factitia".









47. Lieferung.

STEREOSCOPISCHER MEDICINISCHER ATLAS.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

DERMATOLOGIE.

REDIGIRT VON

Dr. ALBERT NEISSER,

PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BRESLAU.

16. Folge.

Tafel 564.

Ein Fall von Urticaria factitia.

LEIPZIG, 1903.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH.

